



ENTERITIS REGIONALIS.

Írták: HÁMORI ARTUR dr. és PROCHNOW FERENC dr.

Még ma sincs eldöntve az a vita, hogy a *Crohn*, *Ginzburg* és *Oppenheimer* által elsőnek ismertetett kórkép: a regionalis, ill. terminalis ileitis önálló megbetegedésének felel-e meg, vagy különböző kórokozók, ill. feltételek következménye. Már az a sok elnevezés, amelyen ez a betegség az irodalomban szerepel, felhívja a figyelmet arra, hogy nem minden kutató hajlandó abban a klinikai és pathologiai egységben tárgyalni, mint amelyben *Crohn* és *munkatársai* összefoglalták. Így *Felsen* és *Gorenberg* distalis ileitis néven a dysenteriával hozzák oki kapcsolatba, *Jackson* regionalis enteritis, *Mixter* pedig „chronic cicatrizing enteritis” névvel jelöli. *Läwen* az appendicitis fibroplastica felismerője és leírója, chronicus stenotizáló ileitis terminalis elnevezéssel látja el és nem tartja sui generis betegségnek. *Fischer* és *Lürmann*, akik elsőnek ismertették a *Crohn*-féle kórképet a német irodalomban, az alsó ileum tumorképző, stenotizáló, kifeléelyesedő, ill. perforáló gyulladásának nevezik és nem tartják kizártnak, hogy aetiologiai szempontból az appendicitissel lehet valamilyen vonatkozásban. Legújabbán pedig *Huber* 6 esete kapcsán leghatározottabban amellett foglal állást, hogy az ileitis terminalis nem sui generis betegség, mivel olykor appendicitis, máskor invaginatio ileocecalis, mesenterialis nyirokpangás, lymphogranuloma inguinale, valamint tbc. is okozhatja.

Mi leghelyesebbnek tartjuk a regionalis enteritis elnevezést, mert ma már tudjuk, hogy a bél körülírt hegesedő, tumorképző, szűkületekhez és sipolyokhoz vezető gyulladása a bélszakasz bármely helyén előfordulhat.

Kétségtelenül *Crohn* és *munkatársai* érdeme ennek az aránylag ritka betegségnek klinikai és pathologiai egységbe való foglalása 14 eset kapcsán, azonban már előttük is találhatunk szórva nyos közléseket az irodalomban. Minthogy ezek csak egyes esetekre vonatkoznak, nem keltettek szélesebb körű érdeklődést. *Colbeck*, *Hurst* és *Lintott* közlése szerint már 1813-ban *Combe* és

Saunders elkülönítették a vakbél és féregnyulvány egyéb gyulladásos elváltozásaitól. A német irodalom adatai szerint először *Neumann* számolt be erről a kórképről, az 1913-i német sebész-kongresszuson. További utalásokat találunk *Tietze* nagy összefoglaló munkájában, amely a vastag- és vékonybél különféle gyulladásos betegségeit tárgyalja. Majd *Landois* (1923), *Moschcowitz* és *Willensky* (1923), *Neugebauer* (1928) és *Mock* (1931) közlései következnek.

Crohn és *munkatársai* alapvető közleménye után mind nagyobb számban jelentek meg olyan munkák, amelyek ezzel a kérdéssel foglalkoztak. A casuisticus közlemények és monográfiák újabb adatokkal gazdagították e ritka kórkép klinikáját és pathológiáját, azonban a kórokozóját és kórszármazását nem sikerült tisztázniuk. Maga *Crohn* 1939-ben már 110 saját esetéről, *Mixer* pedig ugyanakkor 363 esetről számolt be a new-yorki sebész-kongresszuson; az utóbbi anyagot 31 sebész, ill. intézet szolgáltatta. *Mikeladze* 1941-ben a világirodalomból már 500-nál több esetet gyűjtött össze. *Frey* a német irodalomban 26 esetet talált. Svédországban *Strömbeck*, Franciországban pedig *Figarelle* és *Jean* jeletettek meg illetis terminalisról szóló monográfiákat.

A magyar irodalomban kevés és nem nagyon részletes közléseket találunk. *Ádám* 5, *Rosenthal* 1, *Jóna* és *Borsi* 1, *Dóczy* és *Simkurát* 2, *Wald* 1 esetről számolnak be. Mivel e ritka betegség általános érdeklődésre méltán számíthat, érdemesnek tartjuk, hogy 2 eset kapcsán részletesen ismertessük a regionalis enteritis klinikáját és pathológiáját.

Az első eset a sebészeti klinika háborús anyagából származik és klinikai megjelenési alakjában élesen elkülöníthető második. saját esetünktől.

1. eset: Zs. A., 28 éves férfitbeteg. Felvétetett 1943. október 28-án. A beteg *elmondja*, hogy 5 napja fájdalmakat érez hasának jobb, alsó felében. Hányingere is volt, de nem hányt, Hashajtót vett be, mire többször ürítet széklet. Láza nem volt. Előző betegségek: gyermekkorában kanyaró és vörheny, 1935-ben sárgaság; 1939-ben hyperthyreosist állapítottak meg nála a belgyógyászati klinikán.

Jelen állapot: Középtermetű, asthenias habitusú, sovány férfi. Szív és tüdő részéről lényeges eltérés nincs. A nyelv kissé száraz, lepedékes. A has behúzódtott, az ileocecalis területnek megfelelően tenyérszerűen fájdalmas terület, kifejezett nyomásérzékenység, de izomvédekezés nincs. Kóros resistencia nem tapintható. Rovsing tünet: Ø. Máj és léptompulat rendes. Végbélben át vizsgálva, megállapítható, hogy a Douglas üreg ledomborított. Hőmérséklet: 38.1°, érverésszám 94, fehérvértsejtszám 7000, vizeletben semmi kóros. Dg.: appendicitis acuta. Therapia: műtét.

A behatolás után kiderült, hogy a hasüregben sok sárga, zavaros, nem bűzös izzadmány van; a coecum és az appendix kissé belövelt és az ileum alsó

szakasza a mesenteriummal együtt lobos, infiltrált. Appendectomy után a hasfalat rétegesen bevarrták. Mivel a műtét után a beteg állapota romlott, szél és szelek nem távoztak, sokat hányt, relaparatómiát végeztek a negyedik napon. A has megnyitása után jól látszott, hogy a heveny peritonitis tünetei mellett az ileum alsó szakasza felett a bél megtört, mert összenövések keletkeztek. Az adhaesios megtöretést felszabadítva Witzel-sipolyt készítettek. A második műtét után a beteg állapota lassan, fokozatosan javult, később azonban kétoldali empyemája keletkezett és a beteg az első műtét utáni 51. napon exitált. Sectio nem történt.

II. eset: Cs. E. 38 éves férfibeteg. Felvétetett 1946. július 12-én. A beteg *elmondja*, hogy 6 héttel ezelőtt utazás közben, reggel, hirtelen vakbél-táji görcsös fájdalmakat érzett. Fájdalmai nem voltak túlságosan erősek, estefelé megszűntek, de másnap reggel járás közben újra jelentkeztek és fokozódtak. Lázasnak nem érezte magát. Hányinger, csuklás nem mutatkozott. Másnap, amint saját magát tapogatta, daganatot vett észre a vakbél-táján. E miatt orvoshoz ment, aki vándorvesére gyanakodott. Fájdalmai átmenetileg megszűntek. Két hét múlva nagy sötét tett, mire újra fájni kezdett az oldala. E miatt meleg fürdőt vett, ami nagyon ártott. Másnap elment az urologushoz, aki reponálni igyekezett a daganatot, ami nem sikerült. Erre közölte a beteggel, hogy nem lehet vándorveséje, inkább vakbél-körüli izzadmányra gondol. Az erélyes vizsgálat és a meleg fürdő miatt félnapig lázas lett: hőmérséklete 38.8°-ra emelkedett. Hat napig feküdt. Vizes borogatásokra javult. Ekkor átvizsgáltuk.

Jelen állapot: Elég jó erőben lévő, láztalan, kissé sápadt férfi. Tüdő és szív rendben. Az alhas jobb felében kb. 10 cm. hosszú, hengerded, felülről lefelé haladó, leginkább beszűrődött falú coecumra emlékeztető, érzékeny, rugalmas resistencia tapintható. A laboratoriumi vizsgálatok közül ki kell emelnünk, hogy a fehérvérsejtszám 6900, vörösvértest-süllyedés 15 mm., a vizeletben ubg. felporodott, különben semmi kóros. A székletben negatív a Weber-reactio. Gyomorröntgen passage vizsgálat (beldiagnostikai klinika laboratoriuma): a coecum teljesen ép és a daganat a coecum mögött, attól kissé medialisan helyezkedik el. Appendix nem telődött. A kontrast-beöntés röntgen-vizsgálat is megerősítette a tumor elhelyezkedését. A vékonybélről a röntgenlelet nem emlékeztet meg, azonban utólag összehasonlítva a röntgenfelvételt (l. 1. á.) és a kórbonctani készítményt (l. 2. á.), megállapítható, hogy az ileum terminalis szakasza határozottan beszűkült és egyenetlen széllel telődik.

Mindezek alapján diagnózisunk csak alternatív lehetett: periappendicularis abscessus, benignus mesenterialis tumor és regionalis enteritis.

A betegnek szigorú bélkímélő étrendet rendeltünk, széntablettákat szedtetünk vele, májinjekciókat adtunk és megfigyeltük. Minthogy kedvezőtlen kis jelek, olykor kis passage-zavar: puffadás, székrekedés, enyhe hányinger kíséretében, máskor szédülés, kis collapsus mutatkozott és lassan, alig észrevehetően nőtt a daganat, műtétre határoztuk magunkat. A műtét a regionalis enteritis gyanúját igazolta, az alábbiak szerint:

Műtét 1946. július 18-án, aethernarkosisban. Behatolás j. o. pararectalis metszésből. A peritoneum megnyitása után előhúzzuk a vakbelet, amely a féregnyúlvánnyal együtt épnek látszik. Az ileum legalsó része kb. 10 cm. hosszúságban haragos vörös színű, fibrimmel fedett, ujjnyi vastag merev csővé alakult át. A bélben ezek az elváltozások feltűnően éles széllel határolódnak el. Az ileocecalis mesenterium kb. tenyérnyi területen beszűrődött, megvastagodott és a hozzá tartozó béllal együtt ökölnyi daganatot képez. A mesenteriumban az elvál-



1. ábra.



2. ábra.

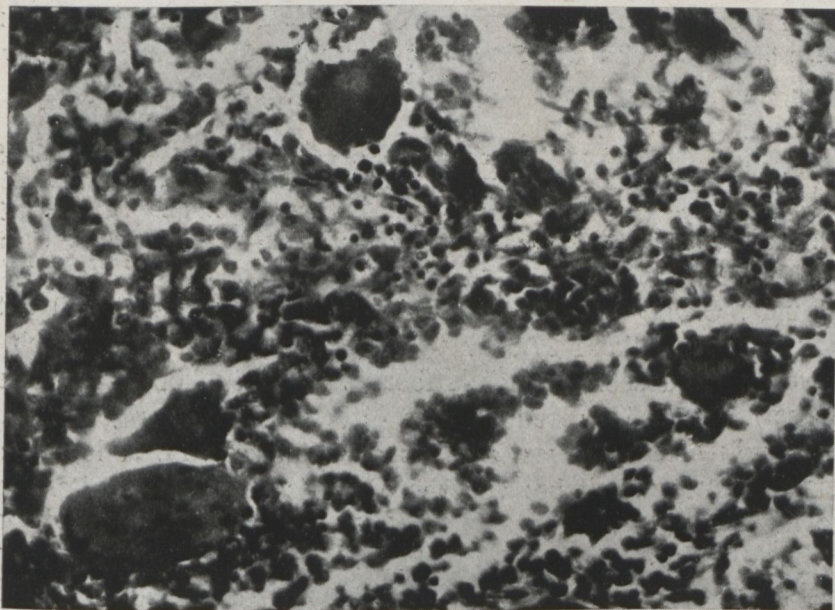
tozás legyezőszerűen terjed az ép felé. Benne számos borsónyi-babnyi szívós tapintatú nyirokcsomó foglal helyet. A hasüregben szabad folyadék nincsen. Minthogy regionalis enteritist találtunk, a vékonybelet előhúзва, hasonló elváltozások után kellett kutatnunk. Az ileum alsó szakaszán kívül azonban mindenütt teljesen épnek mutatkozik a bélcsatorna. A megoldásban a gyökeres műtétet választjuk. A belet a mesenteriummal együtt az épben csonkoljuk és egyidejűleg

eltávolítjuk a coecum alsó részét is. A coecum-csonk elsüllyesztése után ileo-transversostomiát végzünk. Réteges hasfalvarrat.

A beteg a műtétet kitűnően tűrte és teljesen síma lefolyás után elsőslegesen gyógyult sebbel július 28-án távozott.

A kórszövettani vizsgálatot *Korpássy Béla* egyet. ny. rk. tanár volt szíves elvégeztetni és a leletet a következőkben közölni:

14 cm. hosszú, 6 cm. területű, felvágott ileumrészlet érkezett vizsgálatra, amely 6×7 cm.-nyi coecum részletben folytatódik. Az ileum 11 cm. hosszú területen 2,5 cm. vastag, merev, kötőszövetes jellegű, a lumen erősen megcsűkült. A subserosus zsírszövet helyenként hüvelykujnyira megvastagodott. Az ileum belfelülete egyenetlen, jórészt kifekélyesedett és a fekélyek között elszórtan lencsényi, borsónyi kidudorodások, valamint 3,5 cm.-nyire az ileocecalis tájtól $2 \times 1 \times 0,5$ cm. polypszerű növedék látható. A leírt elváltozás mind alá-, mind felfelé élesen elhatárolt. A coecum nyálkahártyája valamivel erősebben redőzött, fala 2–3 mm. vastag. A coecummal összefüggésben van a 6 cm. hosszú és 0,5 cm. átmérőjű appendix, mesenteriolumában 1,5 cm. vastag zsírszövettel. (l. 2. á.).



3. ábra.

Szövettanilag megállapítható, hogy nyálkahártya legnagyobbbrészt hiányzik, helyén sejtűs granulációs szövet foglal helyet, ami a mélybe legyezőszerűen terjed. Ebben felszínesen számos polymorphmagvú leukocytá észlelhető, míg aláfelé a lymphocyták és plasmasejtek kerülnek előtérbe. Előfordulnak csíracentrum nélküli nyiroktüszők. Eosinophil sejtek szórványosan észlelhetők. A fal megvastagodását főleg a kötőszövetes elemek felszaporodása okozza, a subserosus kötőszövet és submucosa kiszélesedésével. A submucosában egy helyen többmagvú óriássejtek kicsiny csoportja figyelhető meg, lymphocytákkal körülvéve. Ezen óriássejtek idegentestóriássejtekre emlékeztetnek. (l. 3. á.).

A Ziehl—Neelsen szerint festett készítményekben savállókat nem sikerült felismerni.

Dg.: Ileitis chronica regionalis ulcerosclerosa stenotisans.

Előfordulás: Mivel majd minden európai, ill. amerikai államból ismerünk közléseket, fel kell tételeznünk, hogy mindenütt előfordul. *Crohn* hangsúlyozza, hogy a fajnak nincsen különösebb jelentősége a betegség aetiológiájában, de kiemeli, hogy négerék között nem fordul elő. Szerinte 2 colitis ulcerosa esetre esik 1 regionalis enteritis. *Petrén* közlése szerint Svédországban az 1943—44. években, 73 kórházban operált 14.730 heveny vakbélgyulladás közül minden hetedik esetben tévedtek és a téves diagnózisok között 20 esetben ileitis terminalist találtak. Valószínűleg nálunk is gyakoribb, mint ahogyan az irodalmi adatok alapján gondolhatnánk. Hiszen az említett svéd statisztikából könnyen kiszámítható, hogy évente csak heveny alakjában Magyarországon is legalább 10 esetben kellene előfordulnia, azonban az egész irodalmunkban a mi 2 betegünkkel együtt mindössze 12 eset ismeretes. Ezek után nyílt kérdés, mi az oka ennek az óriási eltérésnek. Három lehetőségre gondolhatunk:

1. nem ismerik fel,
2. nem közlik az eseteket,
3. valami ismeretlen tényező működik közre.

Ma már tudjuk, hogy ez a betegség főleg fiatal férfiakat támad meg. *Crohn* szerint 3 férfire 2 nő jut. Egyébként 110 betegének átlagos életkora 27.8 év volt; 15 éves volt a legfiatalabb és 58 éves a legidősebb. Leggyakrabban 20—30 év között fordul elő (48 eset). Az első évtizedben nem látta ezt a betegséget, viszont *Frey* egyik betege 8 éves, *Kortzeborn*-é 4 éves volt. A legidősebb betegről *Frey* számolt be: 75 éves. De idős volt *Jóna* és *Borsi* betege is: 71 éves.

Lefolyás: *Crohn* és *munkatársai* már az első közleményükben klasszikus módon vázolták e betegség különböző stádiumait. Az első időszakra jellemző az a tünetcsoport, amely az akut, banális appendicitis tüneteire nagyon emlékeztet. Ide tartozik az általunk közölt első eset. A második stádiumban az idült enteritis tünetei jelentkeznek a bél phlegmono-ulcerosus folyamatának megfelelően. Harmadik stádiumban a többé-kevésbé kifejezett stenosis jelei fejlődnek ki, míg a negyedik stádiumban a legkülönbözőbb külső és belső sipolyok keletkeznek.

A további tapasztalatok azonban azt mutatták, amint *Crohn* legutolsó munkájában hangsúlyozza, hogy az idült bélhurut tüneteit gyakrabban követi a tumorképződés, mint a stenosis. A steno-

sis tünetei legtöbbször háttérben maradnak, ezt bizonyítja második esetünk is.

Ki kell emelnünk, hogy a regionalis enteritis lefolyása nem szabályos. Előfordulnak olyan esetek, amikor az első két szak rejtve marad és csak a tumor vagy a stenosis által okozott panaszok kényszerítik a beteget az orvoshoz. Sőt az is előfordulhat, hogy a beteg minden különösebb kórelőzmény nélkül perianalis vagy egyéb sipollyal jelentkezik.

Klinikai kép: Az első stádium gyakoriságára vonatkozó adatok eltérőek. *Crohn* adatai szerint 110 esetből csak 11 ízben jelentkezett a betegség az első stádium klasszikus képében. *Frey* 26 esete közül viszont 13 alkalommal akut appendicitisre gondoltak.

A több napos kórelőzmény nem ritka; első betegünknek is 5 napja voltak már panaszai. Nagyobb lázzal nem szokott jelentkezni, fájdalom, érzékenység, kisebb izomvédekezés általában megállapítható. Leukocytosis, balratolódás a vérképben nem szokványos tünet. A Douglas-üreg ledomborodása az esetleges hasüri folyadékra utal. A felsorolt tünetek alapján általában javallt a diagnosztikus appendectomia, de a sebésznek a has megnyitása után feltétlenül észre kell vennie az appendicitistől élesen elütő folyamatot és a féregnyulványt nem szabad eltávolítania. A féregnyulvány eltávolításának veszélyére már most rá kell mutatnunk. Nem lehetetlen ugyan, hogy olyan esetek is előfordulnak, amikor az ileitis terminalis egyszerű appendectomia után, tehát spontán visszafejlődhet, vagy legalábbis egyideig tünetmentes stádiumba kerül, azonban ismereteseek olyan esetek, amikor az appendectomia után kevés gyógyhajlammal bíró makacs bélsársipolyok keletkeznek.

A második stádiumot jellemző idült enteritis tüneteivel rendszeren a belgyógyászt keresi fel a beteg. Kezdetben csak időnként jelentkeznek a panaszok, később azonban állandósulhat a láz, a fájdalom és a hasmenés. A nagy bélvérzés szokatlan, azonban a Weber-reakció gyakran pozitív a székletben. Olykor az idők folyamán a súlycsökkenéssel párhuzamosan anaemia, oedema és neuritis súlyosbítja a kórképet. A második stádium időtartama változó. *Crohn* összefoglalása szerint 62 betegnél 1—5 évig, 15-nél 5—10 évig, 8-nál több mint 15 évig tartott.

A harmadik stádiumban már maga a beteg is észreveszi hasában a lassan növekvő, máskor hirtelen jelentkező daganatot. Ekkor már nemcsak a bél beteg, hanem a hozzátartozó mesenterium is. Az ileocecalis tájon elhelyezkedő daganat rendszeren mobilis, de lehet rögzített is. Ez a körülmény arra utal, hogy a beteg bélsza-

kasz körül conglomeratum támad, esetleg fedett sipolyképződéssel. Amint már említettük, *Chron* legújabbán azt hangsúlyozza, hogy ebben a stádiumban nem a stenosisra utaló obstructio tünetek a legjellemzőbbek, hanem a daganatképződés. Az obstructio tünetcsoportot, különösen a Wahl-, ill. a Schlange-jelet csak 10 esetben észlelte. Teljes ileus sohasem fejlődött ki. Esetünkben a tumor mellett csupán enyhe passage-zavart tudtunk megállapítani. *Frey* által összegyűjtött 26 eset közül csak 4 esetben volt a diagnosis chronikus ileus.

Úgy látszik, hogy ott, ahol nagyobb számban észlelik e betegséget, a sipoly stádium egyáltalán nem ritka jelenség. *Crohn* 110 esete közül 11 esetben belső sipolyt (ileocecalis, ileosygmoidalis, ileotransversalis, ileocysticus, stb.) megelőző laparotomia után 12 esetben külső hasfali sipolyt és 20 esetben külső alsó sipolyt (perianalis, rectalis, rectovaginalis, stb.) talált. *Frey* 4 alkalommal látott appendectomia utáni külső sipolyt. A másutt észlelt sipolyos eseteknek viszonylagos nagy száma alapján arra következtethetünk, hogy talán a magyar irodalomban azért nem találunk nagyobb számban ilyen közléseket, mert az idült sipolyok kapcsán nem gondolnak regionalis enteritisre, hanem más diagnosisokkal kezelik a betegeket. Ebből a szempontból analógiaképpen felemlíthetjük a Durand—Nicolas—Favre-féle megbetegedést: a lymphogranuloma inguinale, amely pár évtizeddel ezelőtt még teljesen ismeretlen volt és ma már a *Frey*-reakció révén nem is olyan ritkán észlelhetjük.

Az appendectomiás heg mint stigma mind a három utolsó stádiumban előfordulhat.

Felismerés: A regionalis enteritis felismerése nem könnyű. A tünetek, amelyek a felsorolt 4 stádium körül csoportosulnak, tarkák és nem jellemzőek. Ileocecalis fájdalom, tumor, továbbá puffadás, idült székrekedés és hasmenés, valamint különböző elhelyezkedésű sipolyok sok ok miatt előfordulhatnak. Az első stádiumban az appendicitis, a másodikban a nervosus, thyreogen, gastrogen, nutritiv allergiás hasmenés, de különösen a colitis ulcerosa és sprue, a harmadik stádiumban a lues, a lymphogranulomatosis és a carcinoma, de különösen a tuberculosis, a sipolyos stádiumban leginkább az aktinomycosis okoz komoly diagnostikai problémát. Egyetlen olyan klinikai jelet, kórelőzményhez tartozó adatot vagy fizikális, ill. laboratóriumi vizsgálati leletet sem ismerünk, amelynek alapján a regionalis enteritis diagnosisát teljes biztonsággal kimondhatnánk. Kétségtelenül a legértékesebb adatokat a röntgenvizsgálat szolgáltatja, azonban a tipusos röntgen tünetek alapján is csak a bél körülírt megbetegedése állapítható meg. A kórfolya-

matnak az aetiológiája viszont kérdéses lehet. Elegendő ebből a szempontból *Crohn* egyik esetére utalnunk, amikor a nagyon gyakorlott röntgenologus regionalis ileitist talált, azonban a kórbontani vizsgálat megállapította, hogy az elváltozást 4 kis infiltrálódva növvő argentophilj carcinoid tumor okozta. *Willis, Coe és Arendt* leírták, hogy az ileum utolsó szakaszának görcse a regionalis ileitis képét utánozta. 19 éves leány hosszabb idő óta heves görcsös fájdalmakról panaszkodott jobboldalon hasának alsó felében. A vérkép nem mutatott hevesebb gyulladást. A röntgenvizsgálat szerint az utolsó vékonybél-kacs stenosiszerűen beszűkült, amelynek alapján regionalis ileitisre gondoltak. Biztonság okáért görcsoldó szereket alkalmaztak, mire a fájdalmak rendkívül gyorsan megszűntek és a röntgen-vizsgálat szerint a bélszűkület eltűnt. Olykor még a kórszövettani vizsgálat sem dönti el önmagában a kérdést. A szöveti elváltozás a bél tuberculositikus folyamatához annyira hasonló lehet, hogy csak a negatív bakteriologiai lelet utal a regionalis enteritis kórfolyamatára. Ezért *Snapper* az ileitis terminalist a pseudotuberculosisok csoportjába sorolja. Mindezek az adatok világosan bizonyítják, hogy a regionalis enteritis kórisméje csak több kevesebb biztonsággal mondható ki, azonban minden ileocoecalis bélbetegség kapcsán okvetlenül, gondolnunk kell a regionalis enteritis lehetőségére is.

Az irodalmi adatok szerint a betegséget az első stádiumban csaknem lehetetlen felismerni. *Petrén* fent közölt statisztikája is emellett bizonyít. A betegeket appendicitis miatt operálják és csak műtét közben derül ki, hogy a féregnyulvány teljesen ép, ellenben az utolsó ileumkacs olyan jellemző elváltozásokat mutat, amelyeket már ismertettünk. Ha a sebésznek a *Crohn*-féle betegségről tudomása van, akkor a betegre nézve semmiféle hátrány nem származik a diagnosztikai tévedésből. Hiszen a betegség gyógyítása, amint látni fogjuk, elsősorban sebészi és véleményünk szerint már ebben a stádiumban tanácsos a gyökeres műtétet: az ileocoecalis resectiót elvégezni. Az első esetünk azt látszik bizonyítani, hogy különösen olyan heveny vakbélgyulladásnak látszó esetek gyanusak regionalis enteritisre, amikor kicsik a gyulladásos jelenségek: az appendicularis körülírt fájdalmat nem kíséri heves izomvédekezés és leukocytosis.

Nem sokkal kisebbek a diagnosztikai problémák a második stádiumban sem, amely az első stádiumot átugorva észrevétlenül lassan is kifejlődhet. Ezért, amint *Crohn* hangoztatja, ezeket a betegeket olykor évekig kezelik a legkülönbözőbb eredetűnek tartott hasmenésekkel. Az időlt hasmenések leggyakoribb oka az achlor-

hydria, azonban erre nem gondolhatunk, ha a szakaszos próbaregeli vizsgálat normális savértékeket mutat. A thyreogen eredetet az alapanyagcsere vizsgálat negatív eredménye biztosan kizárja. Nutritív allergiát alig tételezhetünk fel, ha a széklettel ürülő nyálkában nem találunk eosinophil sejteket. A Bang-betegség kérdését az agglutinációs próba dönti el. A sprue jellegzetes, nagy tömegű, nagyon bűzös, színtelen zsírszékek ürítésével jár, amelyet lassanként erős lesoványodás, barnulás, osteoporosis, azután a nyelv gyulladással elváltozása követ s legalábbis az esetek egy részében perniciosaszerű anaemia kíséri (para-Biermer-anaemia). Viszont a bél anatómiai eltorzulását és a csaknem állandó okkult vérzést nem találjuk, ami éppen regionalis enteritisre jellemző.

Colitis ulcerosával szembeni elkülönítés csak rectoromanoscopy, ill. röntgenvizsgálat alapján lehetséges. Ha a kontrasztbeöntéses röntgenvizsgálat, ill. a végbéitükrözés szerint a vastagbél nem beteg, akkor *Crohn* szerint leggyakrabban a vékonybél lobos elváltozása okozza a hasmenést. A gyanút a bélpassage vizsgálat igazolja. A pozitív röntgenjel a *Kantor* és *Felsen* által közölt „string-sign“, vagyis a bél fonálszerű lefutása. A röntgenvizsgálat alkalmával megállapítható, hogy a beteg bélszakasz körülírtan erősen megszűkül, konturja egyenlőtlen, reliefje nem vehető ki, palpáláskor merev csőnek látszik és görcsoldókra nem változik a kép. A vékonybél organikus telődési hiánya, a betegnek fiatal kora, a genygyes, ill. többé-kevésbé véres széklet alig hagy kétséget a regionalis enteritis szempontjából, legfeljebb még a Hodkin-kórnak a vékonybélre lokalizálódó rendkívül ritka alakjára és a vékonybél többszörös sarcomatosisára lehetne gondolni.

A harmadik stádiumban: a stenosis stádiumában legtöbbször a tapintható tumor a legfeltűnőbb. A tumor eredetének, ill. helyének tisztázása szempontjából ismét a röntgenvizsgálatnak van döntő szerepe. A passage vizsgálatkor jól látszik, hogy a jejunum, ill. ileum hosszabb szakasza a bélfal megvastagodása miatt egyenletesen beszűkül, tehát a daganatos bélszűkülettől, amely körülírt helyen körkörösén szűkíti be a bél lumenét, elég jól elkülöníthető. A periappendicularis abscessust általában magas remittáló láz, hyperleukocytosis és erősen gyorsult vörösvértestülledés kíséri.

A sipolyos szakban elsősorban aktinomycosisra, másodsorban tuberculosisra kell gondolnunk. Ebből a szempontból keresnünk kell a kórokozót megfelelő laboratóriumi módszerekkel. *Crohn* kiemeli, hogy az elsődleges vékonybél-tuberculosis nagyon ritka. Így pl. Mt. Sinai Hospital 15 éves anyagában csupán 4 eset állta ki az elsődleges bél-tuberculosis kritikáját. Tehát általában az

intestinalis tuberculosis másodlagos és erre a lehetőségre akkor gondoljunk, ha a szervezetben egyebütt is kimutathatók a tbs-s góccok. Ilyen esetekben azonban a regionális enteritis diagnózisának kimondásával óvatosaknak kell lennünk és az elkülönítés specifikus és nem specifikus gyulladás között csaknem leküzdhetetlen nehézségekbe ütközik. Ebből a szempontból utalnunk kell *Brohee* munkájára, aki legutóbb összefoglalta a bél-tuberculosis röntgen-tüneteit, de a regionalis enteritissel szemben a differenciális diagnosztikai szempontokat nem jelölte meg.

Aetiologia: A betegség oka ismeretlen. Akadnak ugyan figyelemreméltó észlelések, amelyek egyik vagy másik elméletet támogatni látszanak, azonban egyik felfogásnak az igazolása sem sikerült megnyugtató módon.

A legrégebbi és talán legvalószínűbb elmélet *Crohn* nevéhez fűződik, aki valamilyen fertőző agensre gondolt. *Crohn* 3 ízben rokonok között látta ezt a betegséget. A legutóbbi esetében 2 fivér egyidőben betegedett meg. A folyamat inkább akut jellegű volt. Ezek a tények arra engednek következtetni, hogy inkább valami közös fertőző anyag, mégpedig szerinte legvalószínűbben valamilyen baktérium játszott szerepet a kórfolyamatban és nem a családi hajlam. Sajnos specifikus kórokozót sem neki, sem másnak mindeztideig nem sikerült találnia. A dysentériás elméletnek *Felsen* a híve. Jersey Cityben támadt igazi bacillaris dysenteria-járvány kapcsán néhány esetben typusos enteritis regionalist állapított meg. *Chron* szerint *Felsen* epidemiológiai és klinikai megfigyelései érdekesek, de nem meggyőzőek. Igaz ugyan, hogy a dysenterias eredetű általános colitist 24%-ban a terminalis ileumkacs megbetegedése is kísérheti, azonban a standard pathológiai kézikönyvek szerint az ileum körülírt gyulladása ép colon mellett dysentériás alapon sohasem szokott jelentkezni. A betegek seruma kis titerben agglutinálhatja a dysenteria bacillust, sőt 1 esetben 1:320 hígításban is, azonban ezeknek a leleteknek nem tulajdonít nagyobb jelentőséget. Ilyen hígításban a reakció nagyon általános és nem specifikus. *Crohn* kiemeli, hogy sem neki, sem másnak sohasem sikerült a resecált béldarabból dysenteria bacillust kitenyésztenie.

Néhányan a megbetegedett területről streptococcus törzseket izoláltak. *Mixter* 2 esetben a szabad hasüri folyadékból és a mesenterialis nyirokcsomók metszéslapjáról szintenyészetben anaërob streptococcusokat nyert, azonban ezeket a baktériumokat állatokba oltva nem alakult ki a regionalis enteritis képe.

A szövettani készítményekben halmazokban elhelyezkedő mononuclearis sejtek és helyenként óriássejtek tuberculomokra emlékeztetnek, azonban bennük Koch-bacillust senkinek sem sikerült kimutatnia. Ezért *Crohn* és *Mixter* tagadja a tbc-s eredetet, *Snapper*, az amszterdami kutató pedig ezt a betegséget a Boeck-féle sarcoiddal együtt a pseudotuberculosisok csoportjába sorolja. Legújabbán két sebész: a svájci *Merke* és a finn *Inberg* foglalkozott ezzel a kérdéssel. *Merke* szerint 9 esetében alig lehet az összefüggést tagadni, mivel 7 esetben a kórhoncnok szövettani vizsgálatok révén tuberculoid granulomat állapított meg, ugyanakkor egyik esetben tüdőtuberculosis, kettőben elszajtosodott mesenterialis nyirokcsomókat, további kettőben tuberculosicus végbélsipolyokat, végül 2 esetben szűk családi körben tbc-s elváltozásokat talált. Habár *Merke* maga is elismeri, hogy a szövettani készítményekben Koch-bacillusokat nem sikerült kimutatnia, mégis jogosultnak véli azt a feltevést, hogy a tbc-toxin hatására sajátos szöveti reakció alapján (fibrosus diathesis) fejlődik ki a betegség. *Inberg* szerint is feltűnő a nagy hasonlatosság a bél specifikus és nem specifikus gyulladása között, azonban finom szövettani jelek alapján határozottan elkülöníthetőnek tartja a kétféle kórfolyamatot. Szerinte már prognosis alapján is lehetséges a különválasztás, mert az ileocecalis tuberculosis radikális műtét ellenére is recidiválni szokott, viszont a regionális enteritis prognosisa jó.

Újabbán néhányan vírus eredetre gondolnak. *Stafford* és *Meyenburg* a lymphogranuloma inguinale kórokozóját gyanúsítják. Nekünk is feltűnt a lymphogranuloma inguinale vírusa által elég gyakran okozott proctitis ulcerosa stenotisans és a regionalis enteritis megjelenése közötti hasonlóság. Ezért kérésünkre *Sipos Károly* egy. rk. tanár volt szíves elvégezni a Frei-féle reakciót, azonban negatív eredménnyel.

Minthogy szorgos keresés ellenére, a megfelelő bakteriologiai és serologiai módszerekkel sem sikerült a specifikus kórokozót megtalálni, egyéb lehetőségek is felmerültek az aetiologiai kutatás során. Ezeknek a magyarázatoknak — talán az allergias elmélet kivételével —, közös vonásuk a mechanikai tényezők szerepeltetése.

Az allergiás elmélet szövettani leletekre támaszkodik. A gondolat *Fensterl*-től származik, és ezt vallja *Kallius* is. Főleg a nutritív allergia okozhat a bél nyálkahártyáján vízenyős duzzanatot és eosinophil sejtes beszűrődést, amelyhez elhalás, tehát fekélyképződés is társulhat. Ki kell emelnünk, hogy a mi szövettani ké-

szítményeinkben csak elvétele találtunk eosinophil sejteket, ami az allergiás elmélettel nehezen egyeztethető össze.

Egyszerű trauma is (*Ten Kate*) létrehozhat a nyálkahártyán állítólag olyan sérülést, amely a betegség kiindulási alapja lehet. Saját esetünkben sem tagadható határozottan ennek a szerepe. A beteg alhasát jobboldalon ismételt komoly mechanikai ártalom érte. Amint elmondja, fogászati laboratóriuma van, műfogakat kell préselnie nagy erővel és hogy csavarás közben a prés el ne mozduljon, vasrúddal támasztotta meg. A vasrúd másik végét vakbél-tájékához szorította. Ez a nagy nyomás évek hosszú során át csaknem minden nap érte. Különösen erős volt betegsége kezdete-kor, a torlódó munkája miatt. *Crohn* 3 esetében is fel lehetett tételezni a trauma esetleges szerepét a kórfolyamat megindításában, ill. előmozdításában. *Crohn* azonban a lehetséges összefüggést kritizálva, arra a végső álláspontra helyezkedett, hogy a traumának nincs nagyobb szerepe az ileitis terminalis aetiológiájában, mint az appendicitisében. Mi sem gondoltunk arra, hogy a trauma egymagában kiváltja a betegséget, hanem a traumához még valamely más tényezőnek is kell hozzájárulnia, pl. elképzelhető, hogy a trauma lokalizálja az antigen-antitest reakciót allergiás készség esetén.

A legérdekesebb mechanikus elmélet *Reichert* és *Mathers*-tól származik. Szerintük az ileocecalis tájék különösen gazdag nyirokutaiban lymphás block támad, ami zsír absorptiót okozva kiváltja a mononuclearis sejtekből álló beszűrődést. Kísérletileg sikerült létrehozniuk ezen a tájékon a lymphoedemat, miután bismuthot fecskendeztek be a nyirokutakba. Szerintük ez az eredmény támogatja nézetüket. *Crohn* szerint azonban ez a hypothetikus összefüggés nem felel meg a tényeknek. Rámutat arra, hogy olykor az ileum kezdeti szakaszán is előfordul ez a betegség és az ileocecalis tájék resectioi után recidivaképpen megjelenhet a jejunum egyéb szakaszain is. Ez a tény a visszamaradt fertőző agens jelenlétére utal és határozottan ellentmond a lymphatikus block kizárólagos szerepének. Viszont újabban *Huber* 6 esete alapján emellett foglal állást. Különösen a következő 3 esetét kell ebből a szempontból kiemelni: Másfél éves gyermekek ileocecalis invaginatio után támadt a betegség. A bél elváltozást szövettanilag nem tanulmányozta, mivel csak ileotransversoostomiát végzett. Másik esetben 33 éves tisztviselőt callosus ulcus miatt operált. A műtét alkalmával lekötötte az art. colica mediat. 10 hónappal később teljes ileus miatt újból műtetre került a sor. A műtét kiiktatásból állott. A beteg utána a negyedik napon meghalt és a boncolás

igazolta az ileitis terminalist. Harmadik esetben 67 éves férfit operált ulcus ventriculi és epekő miatt. A műtét utáni napokban akut appendicitis tünetei fejlődtek ki, amelyek tartózkodó kezelésre visszafejlődtek; 2 hónap múlva tumor támadt az ileocecalis tájékon. Műtét: ileocecalis resectio. Szövettani kórisme: ileitis terminalis.

Egyesek szerint az ileocecalis billentyű szűkülete vagy elégtelensége mint mechanikai tényező szerepelhet ennek a betegségnek elindításában (*Tönnies, Fenster*), ez azonban olyan felvétel, amelyet bizonyítani nem sikerült.

Giesbertz az idages elmélet híve. Szerinte beidegzési zavar következtében a gyomor-bélrendszer bármely részén spasmusok támadhatnak, amelyek mintegy bevezetői a fekélyképződésnek és elindítói a tumorra járó stenosishoz és sipolyokhoz vezető folyamatnak.

Meyenburg szerint e betegség keletkezésében a vázolt tényezők és körülmények mellett legfontosabb az alkati hajlam. Valószínű, hogy a különböző eredetű enteritisek kapcsán csak akkor jön létre a heggesedéssel járó folyamat, ha a betegnek ilyen fibrosus szövetújdonképződésre kifejezett hajlama van (fibrosus diathesis).

Az aetiológiai fejtegetésünk nem volna teljes, ha nem emlékeznénk meg azokról a felfogásokról, amelyek a regionalis enteritisben egyszerűen csak más megbetegedések részletjelenségét látják. Leggyakrabban az a gondolat kísért, hogy e betegség a colitis ulcerosa ritkább szövődményes alakja. A folyamat nem gyógyul, sőt produktív gyulladásra vezet. Mások szerint az ileitis terminalis nem más, mint az appendicitis ritka szövődménye. *Lüwen* 6 pontban foglalja össze erre vonatkozó adatait. 1. Az appendicitis fibroplastica szöveti képe teljesen megegyezik a regionalis ileitis-ével. 2. Az appendicitis fibroplastica ráterjedhet az alsó ileumra, ill. ennek mesenteriumára. 3. Az esetek egy részében a betegnek kétségtelenül volt akut appendicitise és ez pathogenetikai vonatkozásba hozható, mint áthidaló elváltozás, a később kifejlődő regionalis ileitissel. 4. Ez a betegség tulajdonképpen megfelelő végső kimenetelében azoknak a nem specifikus folyamatoknak, amelyek a szervezetben másutt nem is olyan ritkán fordulnak elő. Hasonló megbetegedések: a Graser-féle diverticulitis, az epiploitis plastica, a Schioffer-féle tumorok, valamint az ú. n. peritonitis incapsulata. 5. A primär regionalis ileitis másodlagosan ráterjedhet a caecum falára, ennek mesenteriumára és appendicitist okozhat. 6. Végül vannak olyan ileitis terminalis esetek, amelyeknek az

összefüggése ténylegesen nem mutatható ki a féregnyúlvány gyuladásával. *Homans* és *Hass* is a közvetlen összefüggés híve. *Crohn* azonban ezt a kapcsolatot teljesen tagadásba veszi, mivel eseteinek 33%-ában az eltávolított appendix nem mutatott semmiféle pathologiai elváltozást, másrészt az appendectomy egyáltalában nem befolyásolja a betegség további lefolyását.

Kóronctani elváltozások: A betegség pathologiai képét ma már eléggé jól ismerjük. Minthogy nemcsak az ileum legalsó részén, hanem azon bárhol, sőt a jejunumon, duodenumon és a vastagbélben is előfordulhat, ezért az ileitis terminalis elnevezés tarthatatlan. *Crohn* összefoglalása alapján a kórfolyamat elhelyezkedését a következőkben vázolhatjuk: legtöbbször az ileum legalsó részén fordul elő, az ilcoecalis billentyűtől kiindulva és különböző hosszúságban halad felfelé. Legtöbbször 5–30 cm. között változik a beteg béldarab hossza, de egyszer talált 125 cm.-est is. *Crohn* 6 esetében a kórfolyamat ráterjedt az egész ileumra és két esetben valószínűleg még a jejunumra is. Ezenkívül egy esetben a boncolás igazolta, hogy a betegség megtámadta a duodenumtól kezdődőleg az egész vékonybéltraktust. 8 alkalommal a colon is megbetegedett, leggyakrabban a coecum és a colon ascendens. Az elváltozás folyamatosan terjedt rá az ileumról a vastagbélre. Ezenkívül előfordult egyidejűleg az ileum betegségével a colon transversumban és a sigmabélben is. A colon izolált elváltozását nem látta, azonban több esetben észlelte a bajt egyedül az ileum felső szakaszán, ill. a jejunumon. Jellemző a betegségre az ugrásszerű terjedés. Az elváltozások között tehát ép bélrészletek foglalnak helyet: „skip areas“. A skip areas hossza változó, 5–30 cm.-ig terjedhet, sőt egy alkalommal 45 cm. is volt. Ennek a ténynek ismerete nagyon fontos. Ha a műtő erről nem tudva, nem vizsgálja meg gondosan az egész vékonybélszakaszt és benthagyja a magasabban fekvő beteg részt, akkor gyökeresnek látszó műtét után (resectio) is várható a kiújulás.

A kóronctani képre jellemző kezdetben a nyálkahártya haragos-vörös színe. Később erosiók, fekélyek képződnek. Majd a fekélyesedés diffus alakot vesz fel, de feltűnően éles széllel végződik. A nyálkahártya kifekélyesedését követi a submucosa, azután az izomréteg beszűrődése, végül az elváltozás eléri a serósát is. Hovatovább a beszűrődés következtében az egész bélrészlet merev csővé alakul át; a serosa ilyenkor haragos-vörös színű, fibrinnel fedett. A nyálkahártya helyét pedig már párnaszerűen megvastagodott, élénken vérző granulosus szövet, helyenként polypszerű növedékekkel foglalja el. A következő szakaszban, ha spontán átfűródás nem támad, lassan-fokozatosan kialakul a jól tapintható daganat, ame-

lyet részben a bélfal hatalmas, két-háromszoros, esetleg többszörös megvastagodása, részben a mesenterium sajátságos elváltozása okoz. A mesenterium tömötté, kemény tapintatúvá válik, majd megvastagodik; benne a nyirokmirigyek mogyorónyi, babnyira megnőnek, vizenyősen duzzadtak, sohasem meszesednek el és ritkán esnek szét. A bélfal megvastagodását szűkület is kísérheti.

Crohn szerint nem lehetetlen, hogy az ú. n. gyermekkori mesenterialis lymphadenitis nem más, mint olyan heveny ileitis, amely minimális nyálkahárya sérüléssel és maximális lymphadenopathiával jár.

Az utolsó stádiumban a beteg bél körül letapadhatnak a többi belek és conglomeratum keletkezik. Ilyenkor támadó átfúródások nyomán belső vagy külső sipolyok jönnek létre. Hasüri szabad folyadék lehet, de nem jellemző.

A szövettani vizsgálat tarka és változatos képet mutat. A gyulladás szokványos képére jellemző elváltozások és sejtalakok mellett majdnem minden esetben kimutathatók az óriássejtek. Ennek magyarázatát ma abban látjuk, hogy a fekélyeken keresztül a bélfalba jutó ételrészek mint idegen testek körül kifejlődnek az óriássejtek. Némelykor az aránylag nagyszámú eosinophil sejtek alapján allergiás eredetre lehetne gondolni. Legtöbbször azonban az epitheloid elemek, ill. lymphoid sejtek a tuberculumok szerkezetére emlékeztetnek. Sokszor látunk lymphocytá halmazokat is. A plasmasejtek jelenléte és a fibrosus kötőszövet kialakulása is hozzátartozik a szokványos képhez.

Therapia: A regionalis enteritis kezelése elsősorban sebészi. Minthogy a betegség kórokozóját nem ismerjük, belgyógyászati szempontból sokat nem tehetünk. A betegnek általános, gyomor és bélkímélő diétát rendelünk és széntablettákat adjunk. *Crohn* és *Koster* tapasztalatai szerint akadtak olyan egészen heveny esetek, amelyek minden lényeges gyógykezelés nélkül meggyógyultak. Legtöbb esetben később mégis műtetre került a sor. Tehát általában kimondhatjuk, hogy a betegség spontán gyógyulásra nem hajlamos. A műtéti megoldást a betegség stádiumai szerint kell megválasztanunk.

Amint már említettük, az első stádiumban rendszerint akut appendicitis kórismével történik a műtét. A sebésznek ma már a *Chron*-féle betegségeket fel kell ismernie és a helyes diagnosis után választhat a konzervatív therapia és a radikális műtét. Csak egyet nem szabad tennie, a féregnyúlványt eltávolítania. Ennek nyomán ugyanis sipoly képződhetik, amely heveny halálos peri-

tonitishez vezethet. Szerencsésebb esetben tályog, majd bélsársipoly keletkezhet. *Mixter* szerint egyszerű laparotomia után belgyógyászati kezeléstől 3—6 hónapig várható a gyógyulás. Ha a remissio nem történik meg, feltétlenül a sebészi beavatkozás mellett kell döntenünk. A műtét alkalmával elsősorban inspectio és palpatio révén gondosan át kell vizsgálnunk az egész bélhuzamot. Már korábban kiemeltük a „skip areas” jelentőségét; ha erről a sebész nem tud, akkor előfordulhatnak olyan esetek, hogy a kórfolyamat a műtét után hamarosan kiújulni látszik, mert a sebész figyelmét elkerülte az ileum felső szakaszának megbetegedése. Ez azonban nem valódi kiújulás, hanem a betegség progressiója a benthagyott bélszakaszon. A másik fontos szabály: a resectiot a beteg bélrészlet határától eléggé távol, az éppen kell elvégeznünk. Ha közvetlenül a beteg bélrészlet mellett csonkolunk, varratelégtelenség támadhat. A műtét abban áll, hogy a kóros bélkacsot a hozzátartozó beteg mesenteriummal együtt az éppen csonkolva távolítjuk el. A csonkolás határának megállapítása szempontjából nagyon fontos a mesenterium gondos áttapintása: a megnagyobbodott, tömött nyirokcsomók elég határozottan mutatják a kórfolyamat határát. Így biztosíthatjuk a legjobb eredményeket. Betegünk már egy éve tünetmentes és 10 kg.-ot hízott. Állítólag a radikális műtét után is előfordulhat recidiva, viszont palliatív műtét (ileotransversostómia) után is közöltek maradandó gyulladásokat.

A későbbi szakokban, amikor a bélfal mind merevebbé válik a granulatiós szövetképződéssel járó gyulladás miatt, konzervatív gyógy módoktól komoly eredmény nem várható. A tumor, ill. stenosis tünetei mellett feltétlenül javalt a műtét. Ha az általános tünetek: anaemia, lesoványodás, oedémák, stb. miatt a beteg leromlott állapotban kerül műtetre, akkor a radikális műtét helyett egyszerű anastomosissal kiiktatjuk a beteg bélkacsot, vagy a szűkület felett ileostomiát készítünk. A sipolyok szakában természetesen az egyetlen segítség a műtét. Az ileum és sigmabél vagy ileum és hólyag közötti sipolyok megoldása egyszerű. A beteg bélrészlet eltávolítása után zárjuk a sipolyokat, mire a sigmabél és a hólyagfal elváltozásai gyorsan és nyemtalanul visszafejlődnek. Bélconglomeratum esetén, továbbá a vékonybél és caecum, valamint a vékonybelek közötti sipolyok alkalmával azt az eljárást kell választanunk, amelyet a beteg állapota megenged.

Ha a folyamat nemcsak az ileumra, hanem még a jejunumra is ráterjed, továbbá emellett a mesenterium nagyobb szakasza is beteg, akkor *Mixter* szerint legjobb semmiféle beavatkozást sem végezni. Minden műtét csak siettet a beteg halálát.

Perforatio esetén legtöbbször a laparotomia dönti el a diagnostikai problémát. Ilyenkor a legkisebb műtéti beavatkozást szabad csak végeznünk.

Mit mutatnak a műtéti utáni közvetlen, ill. végleges eredmények? *Crohn* 52 esetben végzett gyökeres — csonkolásos — műtétet, 16%-os halálozással. Szerinte a kirekesztés után kisebb ugyan a mortalitás: kb. 10%, azonban az így operált betegek fele (20 eset közül 10) 2—3 éven belül nyomorúságos körülmények között halt meg. *Crohn* 39 ellenőrzött esetéből 3 ízben támadt kiújulás, ami 7.7%-nak felel meg. *Mixter* gyűjtőstatisztikája szerint 363 esetből 278 esetben 25 sebész egy vagy több ülésben radikális műtétet végzett, 14%-os halálozással. Az esetek a recidiva szempontjából nem bírálhatók el egységesen, mivel a műtét óta a beszámolóig különböző idő telt el; ez az idő 4 hónaptól 6 év között változott. *Mixter* összegyűjtött anyaga alapján 20%-ra becsüli a kiújulásokat. *Koster*, *Kasman* és *Shwinfeld* az irodalomból 120 esetet gyűjtött össze, és kimutatja, hogy a recidivák száma 15%. *Frey* gyűjtőstatisztikája szerint 26 eset után az összmortalitás, függetlenül a beavatkozás módjától, 19.2%. *Marshall* szerint legjobb megoldás a két ülésben végzett ileocecalis resectio. Így operált 29 esete közül csak 2 halt meg.

A végső eredmények megítélése szempontjából *Mixter*-rel együtt ki kell emelnünk, hogy resectio utáni recidivákról csak akkor beszélhetünk, ha a láz és a fájdalom visszatér, a testsúly állandóan csökken, valamint ismét pozitívvá válik a röntgenlelet. Kiterjedt csonkolások után előfordulhat, hogy a betegnek naponta többször van híg széklete. Ez a hypermotilitas következménye és nem jelent okvetlenül kiújulást.

ÖSSZEFOGLALÁS.

E ritka betegség klinikájára, pathológiájára és therapiájára vonatkozó adatainkat a következőkben összegezhetjük:

1. A regionalis enteritis valószínűleg nem olyan ritka, mint ahogyan azt az irodalmi adatok alapján gondolhatnánk. Feltételezhetjük, hogy sok eset más diagnosissal egyszerű tüneti kezelés közben, vagy appendectomy után pusztul el.

2. Minden ileocecalis panasz vagy elváltozás esetén feltétlenül gondoljunk regionalis enteritisre is. Különösen olyan esetek gyanúsak, amikor a lokális fájdalmat nem kíséri nagyobb láz vagy leukocytosis. Fiatal férfi subileusos panaszokkal, enyhe gyulladásos jelenségekkel, ileocecalis tumorképződéssel rendkívül gya-

nus erre a betegségre és minden ilyen alkalommal fel kell hívunk a röntgen-szakorvos figyelmét a vékonybél-passage különösen gondos vizsgálatára.

3. Aetiologiai szempontból kizárhattuk a lymphogranuloma inguinalet — negativ Frei-próba alapján —, az allergiás eredetet — eosinophil sejtek hiányoztak a szöveti képben — és a tuberculosist; viszont nem tagadhatjuk, hogy az ismétlődő traumának valami közelebből meg nem határozható szerepe lehetett a kórfolyamatban.

4. A betegség kezelése sebészi. Megoldása: az egy vagy két ülésben végzett resectio.

ZUSAMMENFASSUNG.

1. Warscheinlich is die regionale Enteritis nicht so selten, wie es auf Grund der Literatur angenommen wird und manche Fälle gehen unter symptomatischer Behandlung, oder gar nach Appendektomie zu Grunde.

2. Bei allen ileocecalen Beschwerden und Veränderungen sollte an diese Krankheit gedacht werden. Verdächtig sind die Fälle, die mit lokalen Schmerz ohne Fieber und Leukocytose einhergehen. Junge Männer mit subileusartigen Beschwerden, milden Entzündungserscheinungen, ileocecaler Tumorbildung sind besonders verdächtig. Die sorgfältige Untersuchung der Dünndarmpassage sollte in diesen Fällen erfolgen.

3. In dem beschriebenen Fälle konnte als aetiologisches Moment das Lymphogranuloma inguinale wegen der negativen Frei-Reaktion, der allergische Ursprung wegen fehlender Eosinophilie, ausserdem die Tuberkulose ausgeschlossen werden. Möglicherweise spielte das wiederholte Trauma eine näher unbekannte Rolle.

4. Die Behandlung ist eine chirurgische.

SUMMARY.

1. Regional enteritis may be not as rare as believed on the basis of medical literature. Some patients might be lost under symptomatic treatment or after appendectomy.

2. Ileocecal complaints and changes particularly local pain without fever and leucocytosis are questionable. Young males with symptoms like subileus, mild inflammation, ileocecal tumour are suspected. Thorough examination of the small bowel by the roentgenologist should be required.

3. In the aetiology of the published case lymphogranuloma inguinale could be excluded because of negative Frei-reaction, similarly allergic origine by absence of eosinophily and also tuberculosis. It can-not be denied that repeated injury might have play some unknown role.

4. In the treatment surgery is needed: one or two stage resection.

Irodalom :

- Ádám L.: Orvosképzés. Különf. 1935. — Brokec, G.: J. belge Gastroentérol 7, 508, (1939). — Combe és Saunders idézve Colbeck, J. C., A. E. Hurst és G. A. M. Lintott. Guy's Hosp. Rep. 175. (1937) nyomán. — Crohn, B. B.: Surg. Gynec. and Obst. 68. 314. (1939). — Crohn, B. B., Ginzburg, L. and Oppenheimer, G. D.: J. Am. M. Ass. 99. 323, (1932). — Dóczy, P. és Simkurát M.: Értesítő az Erdélyi Múzeum Egyesület Orvostudományi szakosztályának munkájáról. 59, 109. (1945). — Felsen, J.: Am. J. Digest. Dis. and Nutr., 1, 782, (1935). — Am. J. Roentgenol. 37, 190. (1937). — Felsen, J. and Gorenberg, H.: Am. J. M. Sc., 192, 553. (1936). — Fenster: Brun's Beitr. kl. Chir. 164, 426. (1936). — Figarelle és Jean: Les Iléites terminales, Paris, Doin, 1946. — Fischer, A. W. és Lürmann: Arch. f. klin. Chir. 177, 638. (1933). — Frey, W.: Zbl. f. Chirurgie. 1939. 1760. — Giesbertz: Zbl. f. Chirurgie. 1936. 2687. — Homans, J. and Hass, G. M.: New England J. Med., 209, 1315. (1933). — Huber: Klinische Medizin I., 1, 14. — Inberg, K. R.: Acta Chir. Scand. 95. 307. (1947). — Jackson, A. S.: Surg. Gynec. and Obst. 65, 1. (1937). — Jóna I. és Borsi I.: Gyógyászat tudományos Közl. 82. (1942). — Kallius: Zbl. f. Chir. 1937. 1026. — Kantor, J. L.: J. Am. M. Ass., 103, 2016. (1934). — Kortzeborn: Zbl. f. Chir. 1938. 2675. — Koster, H., Kasman, L. P. and Sheinfeld, W.: Arch. Surg. 32, 789. (1936). — Landois, F.: Zbl. f. Chir. 1923. 20. sz. — Lärwen, A.: Zbl. f. Chir. 1938., 911. — Marshall, S. J.: New England J. Med. 222, 375. (1940). — Merke, F.: Schweiz. Med. Wschr. 77, 751. (1947). — Meyenburg, H.: Schweiz. Z. Path. u. Bakt. 2, 4. (1939). — Mikcladzé: Idézve Huber után. — Mixer, Ch. G.: Surg. Gynec. and Obst. 68. 322. (1939). — Mock, H. F.: Surg. Gynec. and Obst. 41, 672. (1931). — Moschcowitz, E. and Wilensky, A. O.: J. Med. Sc., 166, 48. 1923. — Neugebauer: Zbl. f. Chir. 1928. 1560. — Neumann: Dtsch. Z. Chir. 126, 185, (1914). — Petrén, G.: Acta Chir. Scand. 95, 327. 1947. — Reichert, F. L. and Mathers, M. E.: Ann. Surg., 104, 601. 1936. — Rosenthal, J.: Idézve Dóczy és Simkurát nyomán. — Snapper, I.: Pseudotuberculosis in man. Amsterdam, Holland. 1938. — Stafford, E. S.: Bull. Johns Hopkins Hosp., Balt., 62, 399. (1938). — Strömbeck, I. P.: Acta Chir. Sc. 80, 59. (1939). — Ten Kate: Z. org. Chir. 82, 692. 1937. — Tietze, A.: Ueber entzündliche Dickdarmgeschwultste, Ergebn. d. Chir. u. Orthop., 12, 211. (1920). — Tönnies: Idézve Dóczy és Simkurát nyomán. — Wald: Idézve Dóczy és Simkurát nyomán. — Willis, D. A., G. C. Coe and J. Arendt: Surgery 7, 226. (1940).